

Stentowanie pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej – polska specjalność?

dr hab. n. med. Krzysztof Żmudka

Instytut Kardiologii, Collegium Medicum UJ, Kraków



Na podstawie opracowania Zespołu Autorów z III Katedry i Kliniki Kardiologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach widać wyraźnie, jaką drogę przebyła kardiologia kliniczna od momentu narodzin współczesnej kardiologii, tj. opisanie krążenia przez Williama Harveya w dziele *De motu cordis* w 1628 r.

Choroba niedokrwienna serca nadal należy do głównych zabójców ludzkości i odpowiada za 80–90% zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych. W 1977 r. nastąpił jednak przełom. Andreas Gruenzig rozszerzył zastosowanie cewnika diagnostycznego i uczynił z niego potężne narzędzie terapeutyczne. Obecnie każde nieprawidłowe zwężenie w sercu i naczyniach może być poszerzone i każde nieprawidłowe połączenia mogą być zamknięte drogą przeszskórną, również pień główny lewej tętnicy wieńcowej (LTW).

Zwężenie pnia głównego LTW blokuje przepływ do dużego obszaru mięśnia lewej komory i jest bezpośrednim zagrożeniem życia, wskazaniem do pilnej rewaskularyzacji. Do niedawna jedyną opcją była operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG), najczęściej wykonywana natychmiast po koronarografii ze wskazań życiowych. Ryzyko powikłań śmiertelnych jest tutaj wyższe, a wyniki były i są gorsze niż w przypadku pomostowania dalszych segmentów tętnic wieńcowych.

Do niedawna metody przeszskórnej rewaskularyzacji pnia głównego LTW były stosowane niechętnie, co było związane ze złymi wynikami, głównie odległymi, nieprzewidywalnym i niekiedy dramatycznym przebiegiem.

Jak wiadomo, restenoza jest złą prognozą dla leczenia zwężeń pnia. Nawet stosowane równolegle tzw. zabiegi synergistyczne (*debulking*) i optymalizacja pod kontrolą ultrasonografii wewnątrzwieńcowej (ICUS) nie poprawiały rezultatów. Zabiegi stentowania pnia były stosowane tylko u pacjentów z istotnymi przeciwwskazaniami do leczenia operacyjnego. Przełom następuje obecnie. Jesteśmy świadkami i uczestnikami kolejnego kroku milowego w kardiologii związanego z wprowadzeniem stentów

pokrytych substancjami antyproliferacyjnymi (DES). Toczy się badanie SYNTAX, w którym analizowana będzie grupa chorych ze zwężeniem pnia LTW. W badaniu tym biorą udział wybrane ośrodki z Polski. Wkrótce uzyskamy odpowiedź: co jest lepsze, co ma przewagę – stentowanie z zastosowaniem DES czy nadal CABG?

Tym bardziej cenne są wcześniejsze przemyślenia i doświadczenia zabiegowe. Zespół ze Śląska dzieli się obserwacją z lat 1997–2003, a więc z okresu przed wprowadzeniem stentów krytych do powszechnego stosowania. Uzyskane wyniki potwierdzają wysoką skuteczność zabiegu. Także wysokie (95%) jednoroczne przeżycie zachęca do stosowania tej metody. Wysoki był jednak odsetek (blisko 40%) występowania incydentów sercowo-naczyniowych (MACE) oraz restenozy. W całej grupie poprawiły się parametry czynności lewej komory oraz wyniki próby wysiłkowej. Trzeba jednak wyraźnie podkreślić, że w III Klinice Kardiologii w Katowicach Ochojcu pracują znakomici i doświadczeni fachowcy. Pacjent w tej pracowni jest bezpieczny. Absolutnie nie można polecać tej metody do powszechnego stosowania przez mało doświadczony zespół.

Praca przełamuje stereotyp myślenia o metodach rewaskularyzacji serca w zwężeniu pnia LTW. Trzeba było dużo sprawności zabiegowej, umiejętności prawidłowej oceny oraz niemało odwagi, aby pokonać tę kolejną barierę. Innym obszarem popularyzowania metody są warsztaty kardiologii interwencyjnej.

Zabiegi stentowania pnia LTW *na żywo* prezentowane są coraz śmielej na naszych spotkaniach. Można też powiedzieć, że stały się one polską specjalnością, bo zespół Zakładu Hemodynamiki i Angiokardiografii Instytutu Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (z dr hab. med. D. Dudkiem, dr med. J. Legutko, dr med. S. Bartusiem) zapraszany jest od 2 lat do przeprowadzania transmisji właśnie zabiegów na pniu LTW na Warsztaty EuroPCR w Paryżu i TCT w Waszyngtonie.

To bardzo budujące, że Polscy lekarze należą do grona najlepszych w tej specjalności i uczą innych. Nasi koledzy prezentują swoją wyjątkową sprawność operatora i kunszt niezbędny dla skutecznego przeprowadzenia zabiegu z bardzo dobrym wynikiem odległym – zgodnie z dobrą, starą zasadą Owidiusza: Quidquid agis prudenter agas et respice finem.